

健康保険・厚生年金保険資格（取得・喪失）証明書

1. 被保険者（であった者）について記入する欄

フリガナ			昭和 平成 年 月 日 令和
氏名			
現住所	〒 ー		
基礎年金番号			
保険者名称			
保険者番号		被保険者記号・番号	記号 番号
資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	資格喪失年月日	令和 年 月 日
		(退職日)	令和 年 月 日

※被保険者記号番号は、被保険者証に記載されている数字となります。

※喪失年月日は、退職日の翌日となります。

2. 被扶養者（であった者）について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	認定年月日	認定解除年月日
	昭和 平成 年 月 日 令和		昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
	昭和 平成 年 月 日 令和		昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
	昭和 平成 年 月 日 令和		昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
	昭和 平成 年 月 日 令和		昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業所名称

所在地

代表者名

電話番号

印